Nr 9. Kraków, 3. marca 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 3. marca 1917. Nr 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z c. i k. szpitala zakaźnego w Łobzowie.
(Komendant lekarz sztabowy Dr Z. Scharf).

O rozpoznawaniu i leczeniu ospy

podał

Dr Maryan Gieszczykiewicz,

lekarz asystent c. k. obrony krajowej,
asystent Uniw. Jagiell.

(Według odczytu w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem d. 21. VI. 1916).

(Dokończenie).

Nie brak również prób zastosowania serologii w tym kierunku. Mianowicie idąc za przykładem Wassermanna, który podał metodę serodyagnostyczną kiły niezależnie od odkrycia krętka bladego, próbowało wielu autorów zastosować odczyny serodyagnostyczne w chorobach o nieznanym zarazku. W ospie stosowano z prób serodyagnostycznych prawie wyłącznie metodę odchylenia dopełniacza. Pierwszy wprowadził ją Beintker (6) w pracowni Czaplewskiego w Frankfurcie. Opracowywali ją zaś Sugai (7), Bermbach (8), Dahm (9), Kryłow (10), Teissier i Gastinel (11), Arzt i Kerl (12), Klein (13), Konschegg (14). Jako antygenów używano wyciągów z narządów osób zmarłych na ospę, z ropy, ze strupów ospowych, wreszcie krowianki. Najlepszym okazał się wyciąg wodny, względnie karbolowowodny z ropy lub ze strupów ospowych.

Odczyn ten przerobiłem wraz z kol. Sierakowskim w Zakładzie higieny Uniw. Jagiell. na kilkunastu przypadkach. Stosowaliśmy jako antygen wyciąg karbolowowodny z zasuszonej ropy chorego na ospę i krowiankę. Rozmaite porcye krowianki rozmaicie się zachowywały, o wiele lepsze wyniki dawał wyciąg z ropy. Wyciąg alkoholowy, albo antyforminowy nie dał się zastosować, również wyciągi wodne z ropy nieospowej były bez działania.

Odchylenie dopełniacza występuje stale przy ospie, i to nietylko w ciężkich, lecz także w lekkich przypadkach, nie występuje natomiast przy ospie wietrznej, ani w innych chorobach. Odczyn ten wypada jednakże ujemnie w pierwszych dniach choroby, a dodatnio po pojawieniu się wysypki. Nadaje się zatem głównie do rozróżnienia ospianki od ospy wietrznej, w mniejszym stopniu może znaleźć zastosowanie przy ospie prawdziwej, gdzie w okresie początkowym za ospą przemawiać będzie wynik ujemny.

Odczyn utrzymuje się po wyleczeniu dość długo; zdania autorów są pod tym względem podzielone, zdaje się zależnie od tego, z jak czułym antygenem operowano. W szpitalu w Łobzowie obserwowaliśmy wynik dodatni jeszcze w kilka miesięcy po wyzdrowieniu.

Odczyn ten występuje również u szczepionych, tak że dla zużytkowania wyniku dodatniego ważną jest rzeczą stwierdzić, jak dawno badany był ze skutkiem szczepiony krowianką. Ponieważ jednakże przy ospie złagodzonej okres szczepienia jest zwykle o kilka lat co najmniej odległy od zachorowania, to szczegół ten nie upośledza wartości odczynu tak, jakby się na pierwszy rzut oka zdawało.

Tyle uwag nasuwa mi się co do rozpoznawania ospy. Co do leczenia, pragnąc uniknąć powtarzania rzeczy ogólnie znanych, chciałbym w pierwszym rzędzie omówić próby leczenia swoistego tej tak ciężkiej sprawy chorobowej. Jakkolwiek próby te nie doprowadziły dotychczas do stanowczego wyniku, jakkolwiek nie potrafimy jeszcze tak leczyć ospy, jak umiemy jej zapobiegać i głównem zadaniem lekarza przy łożu chorego na ospę jest leczenie objawowe, to jednak ideałem leczenia chorób zakaźnych będzie zawsze leczenie swoiste, a warunkiem osiągnięcia tego ideału jest poznanie prób, dotychczas w tym kierunku przedsięwziętych.

Metody, które okazały się skuteczne w innych sprawach chorobowych, stosowano również w ospie. W szczególności chciałbym wspomnieć o seroterapii i wakcynoterapii, chemoterapii i fototerapii.

Co do seroterapii, to doświadczenia, wykonane na zwierzętach głównie przez autorów francuskich [Camus (15), Courmont i Montagard (16)], wykazały, że w surowicy zwierząt uodpornionych na ospę, a więc cieląt, służących do uzyskania krowianki i królików, znajdują się ciała odpornościowe, jednakże własności lecznicze występują dopiero przy stosowaniu tak olbrzymich ilości surowicy (mniej więcej kilkaset cm^3), że praktycznie nie wchodzą w rachubę. Pfeiffer (17) wprawdzie uzyskał odporność cielęcia zapomocą 30 cm^3 odwłóknionej krwi cielęcia szczepionego, a Hlava (18) miał uzyskać odporność u dzieci przeciwko szczepieniu już zapomocą kilku cm^3 surowicy cielęcia, które dostarczyło krowianki, odosobnione te spostrzeżenia pozostają jednakże w sprzeczności ze zdaniem większości autorów. Ja stosowałem w 2 przypadkach surowicę cielęcia, które służyło do uzyskania krowianki (z zakładu prof. Bujwida w Krakowie) w ilości 40 cm^3 podskórnie. Wyniki były nieszczególne, jeden przypadek wyszedł wprawdzie bardzo szybko, mimo że się dość ciężko zapowiadał, w drugim jednakże miałem dość nieprzyjemne powikłanie, mianowicie w kilka godzin po wstrzyknięciu wystąpiły objawy czerwonki. Nie powiodło mi się jednakże rozstrzygnąć, czy to było poprostu powikłanie ospy z czerwonką, czy też były to objawy nadwrażliwości. Bakteryi swoistych w stolcu nie powiodło się wykryć, sekcya wykazała typowe owrzodzenia dysenteryczne w jelicie grubem. Prób wytworzenia swoistej surowicy leczniczej było mało, głównie dla rzadkości ospy w krajach cywilizowanych. Próby seroterapeutyczne dotyczyły głównie surowicy cieląt, służących do uzyskiwania krowianki, ponieważ materyał ten jest łatwo dostępny i nie wymaga osobnych zachodów.

Surowicę ozdrowieńców stosowali przy ospie we Francyi Teissier i Marie (19). Brali oni krew ozdrowieńców między 25. a 40. dniem choroby i stosowali surowicę

w ilości 25—100 cm^3 w 13 przypadkach ciężkiej ospy. 5 chorych zmarło, 8 wyzdrowiało. Po wstrzyknięciu spostrzegali ci autorowie polepszenie stanu ogólnego, ciepłoty, tętna i działalności nerek. Ja stosowałem surowicę ozdrowieńców w 2 przypadkach rozpaczliwej ospy (jeden plamicy ospowej), w jednym 10 cm^3, w drugim 20 cm^3, spostrzegałem jednakże tylko nieznaczne, krótkotrwałe polepszenie; obaj chorzy potem zmarli. Być może, że przy stosowaniu większych ilości surowicy osiągnąłbym lepsze wyniki, wnosząc z analogicznych doświadczeń przy innych sprawach zakaźnych. Metoda ta jest bardzo żmudna, gdyż trzeba z wielkimi zachodami i wieloma ostrożnościami przyrządzać samemu lek, lecz bardzo interesująca i logiczna.

Autoseroterapia jest metodą, w ostatnich czasach w niektórych sprawach chorobowych gorąco polecaną. Polega na dość apriorystycznem założeniu, że przez krzepnięcie krwi ciała odpornościowe, które w osoczu były nieczynne, nietylko stają się czynne, lecz także uzyskują własność aktywowania, tak że wprowadzone z powrotem do ustroju nietylko same działają, lecz także aktywują nieczynne ciała odpornościowe w osoczu. Metodę tę stosuje się w ten sposób, że surowicę krwi chorego wstrzykuje się w ilości kilku cm^3 podskórnie temu samemu choremu, powtarzając to kilkakrotnie. Metodę tę stosowałem w jednym ciężkim przypadku ospy, nie widziałem jednakże żadnego wyniku, chory zmarł.

Co do wakcynoterapii, to szczepienie w toku ospy nie przyjmuje się, próbowano natomiast wstrzykiwań krowianki. Niestety prace do tego się odnoszące (Amallo 20) znajdują się w takich czasopismach, które są mi obecnie niedostępne, tak że ani takich wstrzykiwań nie stosowałem, ani nic bliżej o nich podać nie mogę.

Co do chemoterapii, to leczenie ksylolem powszechnie zarzucono. Z modnych środków nowoczesnych należy przedewszystkiem salwarsan do takich, których próbowano w najrozmaitszych sprawach zakaźnych. Przy ospie stosowali salwarsan Sandor (21), Liuki i Wohlfart (22), Belin (23), Poljansky (24), Heller (25), Nicolle i Conor (26), Rumpel (27), Lenzmann (28), Camus (29). Korzystne wyniki spostrzegać mieli Sander, Lenzmann i Heller; inni nie widzieli ani polepszenia, ani pogorszenia. Stosowałem salwarsan w jednym przypadku ciężkiej ospy. Wstrzyknąłem w okresie pęcherzyków jednego dnia 0·3, drugiego 0·6 neosalwarsanu w zgęszczonym rozczynie śródżylnie. Spostrzegałem pewnego rodzaju polepszenie, spadek gorączki, mimo że sprawa wchodziła w okres ropienia; niestety na trzeci dzień po ostatniem wstrzyknięciu ciepłota poszła w górę i nazajutrz chory zmarł, a sekcya wykazała jako bezpośrednią przyczynę śmierci powikłanie ospy przez świeże zupełnie zapalenie włóknikowe górnego płatu płuca lewego. Przypuszczam, że powikłanie to (zapalenie płuc) było niezależne od leczenia salwarsanem, w każdym razie zamąciło ono obraz chorobowy i uniemożliwiło wyciągnięcie jakichkolwiek wniosków z tego przypadku.

Srebro kolloidalne jest środkiem, stosowanym w ostatnich czasach w najrozmaitszych sprawach zakaźnych, gdzieniegdzie ze znakomitym wynikiem. Próbowałem elektrargolu w 2 przypadkach ciężkiej ospy po 2 wstrzyknięcia śródżylne 5 albo 10 cm^3. Zauważyłem pewne polepszenie po każdem wstrzyknięciu, nie było ono jednakże tego rodzaju, jak przy zakażeniu ziarenkowcami ropnymi. Jeden z chorych zmarł, drugi wyzdrowiał. Niestety nie miałem takiej ilości elektrargolu, żeby przeprowadzić seryę wstrzykiwań dzień po dniu przez cały czas ropienia. A właśnie przy innych sprawach zakaźnych, zwłaszcza przy róży i sprawach septycznych, taka właśnie serya wstrzykiwań dawała znakomite wyniki.

Ze środków, stosowanych zewnętrznie, próbowałem maści z karbolem, ichtyolem, maści Credégo, rtęciowej, jodyny, nadmanganianu potasu, okładów z octanu glinowego, okładów alkoholowych. Stosowałem je przeważnie w ten sposób, że smarowałem jedną połowę środkiem badanym, a drugą jakąś obojętną maścią, lub pozostawiałem bez niczego i śledziłem następnie, czy nie będzie jakichś różnic między jedną połową, a drugą, co do szybkości gojenia, rozległości blizn i t. p. Otóż przy żadnym z tych środków nie widziałem jakiejś wybitniejszej różnicy. Jedno tylko zdołałem stwierdzić, że przy traktowaniu sprawy na sucho maściami lub pudrami goiła się ospa szybciej, niż przy traktowaniu wilgotnem. Jeżeli n. p. jedną rękę posmarowałem jakąś maścią, chociażby obojętną, a na drugą dałem okład n. p. alkoholowy, to pod maścią tworzyły się już strupy, kiedy pod okładem były jeszcze pęcherzyki z ropą. Dość często stosowałem również puder cynkowy, który zwłaszcza podmiotowo dobrze był znoszony. Po jodynie spostrzegałem silny odczyn zapalny. Kąpieli (permanentes Wasserbad) nie mogłem stosować z powodu małej ilości wanien w szpitalu.

Na granicy między chemoterapią i fototerapią stoi metoda, podana przez Friedbergera i Yamamoto (30). Autorowie ci badali wpływ rozmaitych środków odkażających na krowiankę i stwierdzili, że wprost swoiście działał jeden ze znanych barwików, mianowicie czerwień obojętna (Neutralrot). Barwik ten zabija pasorzyta krowianki w rozcieńczeniu 1 : 10,000.000 w ciągu 7 godzin, w rozcieńczeniu 1 : 10.000 w ciągu $^1/_2$ godziny, ale tylko pod wpływem promieni słonecznych. Bez współdziałania światła pozostaje czerwień obojętna bez wpływu. Friedberger i Yamamoto tłómaczą sobie to zjawisko fotodynamicznemi właściwościami barwika. Badali oni następnie własności zapobiegawcze i lecznicze czerwieni obojętnej i wykazali, że jeżeli u królika, szczepionego krowianką, nasmarować maścią zawierającą ten barwik miejsce szczepienia i wystawić na światło, to nie dochodzi wcale do wytworzenia się krost szczepiennych. Próbowałem w kilku przypadkach stosować ten środek bądź w postaci pędzlowania rozczynem, bądź w postaci maści. Niestety ilość światła słonecznego, jaką mogłem w ciągu ubiegłej zimy w barakach łobzowskich rozporządzać, była niezmiernie mała, a o uzyskaniu światła sztucznego, zbliżonego do słonecznego, nie było mowy. Przypadki, w których czerwień obojętną stosowałem, były średnio ciężkie lub lekkie, skończyły się wszystkie szybkiem wyleczeniem, jednakże nadzwyczajnych wyników nie widziałem.

Wspomnieć wreszcie muszę o fototerapii, metodzie Finsena. Poleca on chorych na ospę trzymać na świetle czerwonem, przypisując temu światłu szczególnie korzystny wpływ na gojenie się krost ospowych. Szereg autorów spostrzeżenie to potwierdza (Naunyn, Ottinger, Baer, Pech i t. d. 31), inni (Courmont, Ricketts i Byles 31) zapatrują się sceptycznie na tę metodę leczenia. Morawetz podnosi przeciw tej metodzie oprócz małej skuteczności jeszcze ten zarzut, że stosowanie czerwonego światła przeszkadza należytemu przewietrzaniu sali i utrzymaniu porządku i czystości. Stosowałem leczenie czerwonem światłem w kilku przypadkach i muszę podzielić sceptycyzm wyżej wymienionych autorów. Chorzy nieszczepieni zmierali i przy świetle czerwonem, a szczepieni przechodzili ospę lekko i przy białem świetle dziennem. Przytem zarówno chorzy, jak służba, znosili światło czerwone niechętnie.

Co do leczenia objawowego, to zmierza ono do podtrzymania czynności serca, odkażenia skóry i zapobieżenia wtórnym zakażeniom, do złagodzenia napięcia i przykrych dolegliwości ze strony skóry; dalej należy uważać na błony śluzowe, głównie gardła i krtani, których zajęcie sprawia chorym największe dolegliwości, wreszcie na oczy. Przy powikłaniach septycznych najlepiej działał elektrargol.

Ospa prawdziwa jest chorobą niezmiernie ciężką i przykrą. Zarówno ze względu na wysoką śmiertelność, jak i na ciężkie objawy i przebieg, jak wreszcie ze względu na trwałe zeszpecenie, zajmuje ona w rzędzie chorób zakaźnych osobliwe miejsce. Podczas gdy przy sprawach n. p. durowych jest świadomość zamroczona, to przy ospie przeważnie, zwłaszcza w okresie ropienia, jest utrzymana. Za-

burzenia świadomości przy ospie dotyczą głównie okresu wysypywania się. Dolegliwości są ogromne, zarówno ze strony skóry, jak zwłaszcza ze strony błon śluzowych gardła i krtani. Do tego dołącza się silny światłowstręt i zapalenie spojówek. Osłabienie ogólne jest znaczne, zwłaszcza gdy się zaczyna ropienie; chory, który w okresie wysypywania się zrywał się, majaczył, z chwilą, gdy nadchodzi ropienie, leży jak kłoda. Również dla otoczenia jest to choroba szczególnie przykra. Jeżeli porówna się te bardzo ciężkie przypadłości z niewinnym zabiegiem szczepienia, to doprawdy trudno zrozumieć, że mogą być jeszcze przeciwnicy szczepienia. Niewątpliwie przepędzenie jednego dnia w pokoju chorego na ospę przekonałoby ich lepiej, jak wielkiem dobrodziejstwem jest szczepienie, niż wszelkie argumenty.

Piśmiennictwo. 1) Maizinger. Wien. klin. Wochenschr. 1908, Nr 11, s. 345. — 2) Morawetz. Wien. med. Wochenschr. 1915, s. 790. — 3) Friedberg. Przegląd lekarski 1916, Nr 3, s. 51. — 4) Biegański. Dyagnostyka różniczkowa. Warszawa 1896, s. 549. — 5) Paul. Centralbl. f. Bakt. Or. Bd. 75, zesz. 7, s. 518.

Serodyagnostyka: 6) Beintker. Centralbl. f. Bakteriol. Orig. T. 48, zesz. 4. — 7) Sugai. Ibid. 49, s. 650. — 8) Bermbach. Ibid. 49, s. 618. — 9) Dahm. Ibid. 51, 136. — 10) Kryłow. Ibid. T. 60, s. 651. — 11) Teissier i Gastinel. Compt. rend. Soc. de biol. T. 73, s. 264. — 12) Arzt i Kerl. Wien. klin. Wochenschr. 1913, s. 787. — 13) Klein. Münch. med. Wochen. 1914, s. 2270. — 14) Konschegg. Münch. med. Wochenschr. 1915, s. 4.

Seroterapia: 15) Camus. Compt. rend. Acad. des sciences T. 155, s. 75, 197, 237 według Centralbl. f. Bakt. Ref. T. 55, s. 554. — 16) Courmont i Montagard. Journ. de physiol. et de pathol. gen. 1900 według Kolle-Wassermann Handbuch d. pathogen. Microorgan. T. 8, s. 759. — 17) Pfeiffer, Kolle, Wassermann j. w. — 18) Hlava. Casopis lekaru ceskych 1895, Nr 35 według Centralbl. f. Bakter. T. 18, s. 470. — 19) Teissier i Marie. Compt. r. Acad. d. Sciences 1912, s. 1536, wedł. Cbl. f. Bakt. Ref. 56, s. 589. — 20) Amallo. Archiv f. Schifs- u. Tropenhyg. 1909, s. 409, wedł. Pribram. D. österreich. Sanitätswesen Jg. 24, 1912, s. 273.

Salwarsan przy ospie: 21) Sander. Arch. f. Schifs- u. Tropenhyg. T. 16, s. 563, wedł. Cbl. f. Bakt. Ref. 56, s. 509. — 22) Link i Wohlfahrt. Zeitschr. f. Med. Beamte 1913, Nr 3. Beilage s. 79, wedł. Cbl. f. Bakt. Ref. 58, s. 641. — 23) Belin. Rev. internation. de la vaccine 1911, s. 523, wedł. Cbl. f. Bakt. Ref. 52, s. 382. — 24) Poljansky. Med. Obozrenje 1911, Nr 13, s. 45, wedł. Cbl. f. Bakt. Ref. 51, s. 382. — 25) Heller cyt. wedł. Pribram vide 20. — 26) Nicolle i Conor. Compt. r. Soc. de biol. 70, s. 59. — 27) Rumpel cyt. w Pribram vide 20. — 28) Lenzmann. Med. Klinik 1911. — 29) Camus. Compt. r. Soc. de biol. T. 70. 1911, s. 254.

Fototerapia: 30) Fiedberger i Yamamoto. Centralbl. f. Bakt. Ref. Bd. 44. — 31) Kolle-Wassermann. Handbuch d. pathog. Microorgan. T. 8, s. 713.

O sztucznej odmie piersiowej.

Część II. kliniczna.

Przez

Dr Seweryna Sterlinga,

ordynatora szpitala fundacyi Poznańskich w Łodzi.

(Ciąg dalszy).

Metody pomocnicze.

Przyrząd Röntgena, i to w rękach dobrego specyalisty tego działu, jest niezbędny przy leczeniu odmą sztuczną; kontrola stała przy pomocy tego przyrządu jest w przebiegu leczenia konieczna.

Rola przyrządu Röntgena przed wytworzeniem odmy leży w dziedzinie dyagnostyki. W przebiegu leczenia są wyniki skiaskopii czasem jedynym sprawdzianem przedmiotowym zachowania się odmy sztucznej. Spostrzeżenia, poczynione w tym zakresie, pouczają, że tasama ilość gazu daje u różnych chorych bardzo różne obrazy. Raz widzimy pas jasny jedynie wzdłuż zewnętrznego brzegu płuca, innym razem takisam pas od strony śródpiersia. Przy warunkach sprzyjających widzimy systematyczne odsuwanie się płuca od klatki piersiowej i przepony. Czasem widzimy łamane kontury brzegów płuca. Wszystko to zależnie od obecności i siedziby zrostów. Zrost może wyciągnąć się w długi powrózek, łączący powierzchnię płuca ze ścianą klatki piersiowej lub przeponą; bywa i odwrotnie: mocny zrost wyciąga w kształt powrózka samą tkankę płucną. Czasem mała ilość wpuszczonego gazu staje się widocznym pęcherzem, choć ilość ta nie przenosi 100 czy 200 cm^3. Innym razem nie widzimy pęcherza po zastosowaniu do 1000 cm^3, choć współcześnie inne objawy (manometr!) świadczą o powstaniu odmy sztucznej. Stosunkowo rzadkim jest obraz płuca zupełnie zapadniętego; leży ono wówczas w tej okolicy, gdzie zwykle znajduje się wnęka. Częstszym jest obraz płuca zapadniętego prawie całkowicie z wyjątkiem tylko części górnej, szczytu.

Promienie Röntgena pozwalają nam ocenić obok rozmiarów i kształtu odmy jeszcze stopień przesunięcia śródpiersia, położenie serca, naczyń, tchawicy, stopień i charakter zmian w ruchach przepony. Niemałą wartość ma też obraz drugiego płuca, jego ucisk przez śródpiersie, stopień rozedmy zastępczej, wreszcie zmiany tkankowe, jeżeli takie zmiany powstają w przebiegu leczniczego stosowania odmy sztucznej.

Pneumografia i pleurografia. Ażeby skontrolować charakter ruchów oddechowych przed i po założeniu odmy sztucznej, stosuję metodę graficzną, zapisując rozmiary ruchów oddechowych każdej z połów klatki piersiowej. Używam pneumografu o dwu pelotach i sfigmokardyografu Jaqueta (krzywa 1). Tym sposobem uzyskane pneumogramy dopełniają wyniki badania, zebrane przy stosowaniu innych metod klinicznych. Dają więc przedewszystkiem pojęcie o stopniu unieruchomienia klatki piersiowej, uzyskanym przez odmę.

Próbowałem na podstawie pleurogramów wyrobić sobie zdanie o istnieniu i rozmiarach zrostów między płucem i opłucną, nie otrzymałem jednak wyników jednolitych; zrosty dają podobne krzywe pneumogramu, jak zapadnięte i skurczone płuco.

Wyraźna różnica w ruchach oddechowych obu połów klatki piersiowej uprawnia do wniosku, że w jednem płucu istnieje skłonność do bliznowacenia. Pozwala to (przy istniejących wskazaniach zasadniczych) zastosować odmę leczniczą z dobrem rokowaniem. Ale w tych właśnie przypadkach napotykamy na największe przeszkody techniczne.

Do pewnych wniosków upoważnia nas pleurogram, t. j. obraz graficzny wahań ciśnienia, panującego w jamie opłucnej (igłę Küssa łączymy z przyrządem Jaqueta) (krzywa 2). Przedewszystkiem możemy przechowywać ślady wahań ciśnienia; powtóre, metoda ta przewyższa najczulsze manometry; po trzecie wskazuje na sąsiedztwo większego naczynia, dając jego sfigmogram. Koniec igły opierać się wówczas może niekoniecznie bezpośrednio na ścianie tętnicy, lecz na zwyrodniałej, twardej tkance płucnej, w którą tętnica jest niejako wmurowana.

Torakoskopia podług Jakobaeusa. Ta metoda endoskopowa pozwala bezpośrednio oglądać opłucnę. Dostawszy się odpowiednim trójgrańcem do opłucnej (zawierającej gaz lub płyn), wprowadzamy t. zw. torakoskop (odmiana cystoskopu). Dotąd dwa razy wartość tej metody sprawdziłem; raz spostrzegłem otwór przetoki płucnoopłucnej (w przypadku ropniaka opłucnej z odmą), raz — gruzełki na opłucnej (w przypadku surowiczego gruźliczego zapalenia opłucnej).

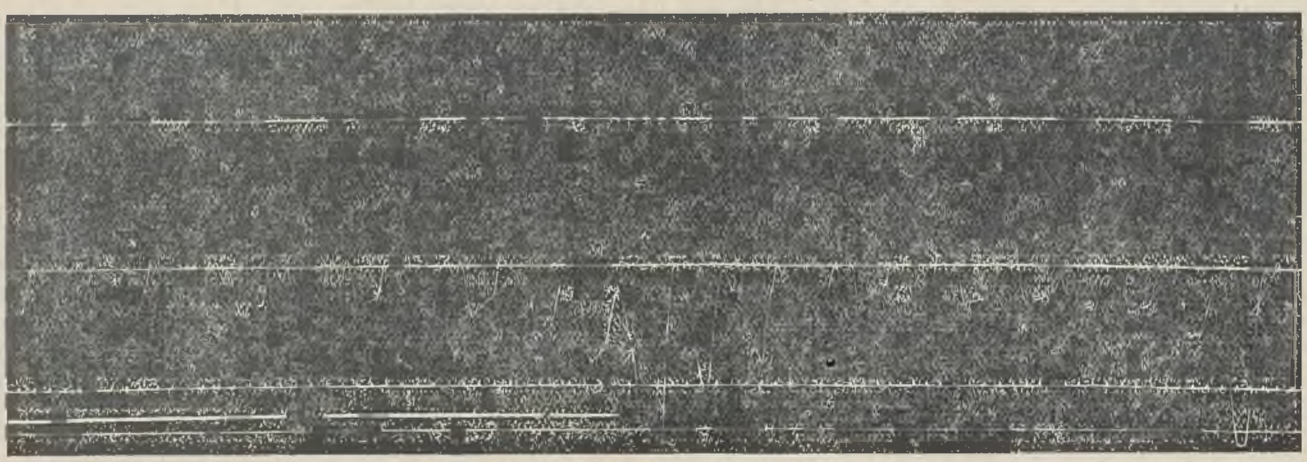
Spirometr. Do kontrolowania głębokości oddechów, względnie wahań tej głębokości, używam tego przyrządu, który pouczył mnie o tem, jak znakomitą bywa zdolność zastępcza drugiego płuca. Tak n. p. pomimo zupełnego uciśnięcia chorego płuca wykazywał spirometr tesame cyfry po zabiegu, co i przed zabiegiem.

Parcie krwi. Na niejakie wnioski o kierunku wyników leczenia pozwala systematycznie powtarzane badanie parcia krwi. Używałem przyrządu Recklinghausena, w ostatnich zaś czasach oscylometru sfigmometrycznego Pachona. Insuflacya i reinsuflacya ma na parcie krwi wpływ szybko przemijający. Poprawie choroby towarzyszy skłonność do podnoszenia się parcia.



Krzywa Nr 1. Pneumogram. Krzywa górna — płuca zdrowego; dolna — płuca z wielkimi płaskimi zrostami i zapadniętą klatką piersiową.

Z innych metod pomocniczych wymienię diatermię. Przez systematyczne ogrzewanie klatki piersiowej po stronie odmy próbowałem — licząc na rozpulchnienie zrostów i rozszerzanie się gazu, — rozciągać i odłuszczać zrosty płaskie. Wyniki nie były wyraźne, ale nie zniechęcały do stosowania tej metody.



Krzywa Nr 2. Pleurogram. Nakłucie w trzeciem międzyżebrzu prawem. Między krzywemi oddechu widać sfigmogram tętnicy (głównej?).

Wstrzykiwania fibrolizyny w celu rozluźnienia zrostów nie odnosiły skutku.

Wskazania i przeciwwskazania.

Gdybyśmy w jedno zdanie ująć chcieli wskazania do stosowania leczniczego odmy sztucznej, powiedziećbyśmy musieli: Metoda Forlaniniego nadaje się do leczenia przypadków ciężkiej, wyłącznie jednostronnej gruźlicy płuc, w których niema zrostów opłucnych.

Dokładniejsze rozpatrzenie tak sformułowanego wskazania zmusza do następujących uzupełnień:

Ustalając wskazania, należy uwzględnić nietylko rozmiary, ale w równym stopniu także jakość, charakter choroby. Ciężką nazywamy chorobę, jeśli ma charakter złośliwy, postępujący, a żadna ze stosowanych metod medycyny wewnętrznej nie zdołała zmienić tego charakteru i zatrzymać postępu choroby.

I to, co określamy jako »wyłącznie jednostronne« zajęcie płuc, wymaga omówienia. Niemasz ciężkiego przypadku przewlekłej gruźlicy płuc, w którymby sprawa gruźlicza była doskonale jednostronna. Zawsze istnieją jakieś zmiany swoiste i w płucu drugiem. Główną rzeczą jest, by te zmiany drugiego płuca były zabliźnione, a co najmniej, żeby nie były postępujące, jak również, żeby blizny po przebytem cierpieniu nie zmniejszały w znaczniejszym stopniu powierzchni oddechowej tego płuca. Zrozumiałą jest rzeczą, że nawet długie i dokładne spostrzeganie nie może całkiem napewno rozstrzygnąć, czy w obrazie postępujących suchot żadnej roli nie grają zmiany gruźlicze, usadowione w płucu drugiem.

O rozmiarach zrostów i ich zbitości mało lub nic z góry powiedzieć nie możemy. To wskazanie natury techni-

cznej usuwa się dotąd przed wszystkiemi metodami rozpoznawczemi.

Zdanie, powyżej sformułowane, tak więc rozwinąć należy:

Do leczenia odmą sztuczną nadają się ciężkie toksyczne przypadki przewlekłych suchot płucnych, jeśli inne metody lecznicze nie mogły powstrzymać postępu choroby i jeśli stan chorego nie pozwala na dalsze próbowanie metod lecznictwa zachowawczego, oraz, jeśli sprawa gruźlicza jest usadowiona wyłącznie lub przeważnie w jednem płucu, a ognisko w płucu mniej dotkniętem niema charakteru postępującego.

Wskazanie szczególne stanowią wielkie krwotoki (z jam), powtarzające się, jeżeli umiemy określić źródło krwotoku.

W przypadkach gruźlicy postaci zapalnej (pneumonicznej) należy wyczekać, póki nie ustąpią objawy ostre. W przypadkach odmy samorodnej należy, przeczekawszy objawy wstrząsu, próbować zamienić, stosując ucisk mocny, odmę otwartą na odmę zamkniętą, (co mi się raz w stopniu doskonałym powiodło). Jeśli jest wielki wysięk opłucny (surowiczy lub nawet ropny) gruźliczy, możemy płyn wypuszczony zastąpić gazem obojętnym.

Wskazanie główne jest łatwo zrozumiałe. Stale postępująca gruźlica daje złe rokowanie, więc jest już zdobyczą terapii, jeżeli powstrzymamy postęp choroby i przedłużymy choremu życie. Wskazanie drugie mówi o tem, że musimy być pewni płuca drugiego, ono bowiem musi objąć zastępczo czynności płuca zapadniętego, nie może też zawierać ognisk czynnych, któreby nagle przejść mogły w okres postępujący. Wskazanie trzecie — krwotoki — nietylko ma na celu zadziałanie przez ucisk, ale także zapobieżenie wdechowemu (aspiracyjnemu) zapaleniu płuc.

W przebiegu gruźlicy ostrej, jeśli rozwija się ona w jednem tylko płucu, wolno próbować odmy sztucznej w tem przeświadczeniu, że szkody chory stąd nie poniesie. W okresie podostrym gruźliczego zapalenia płuc, szczególniej usadowionego w płacie dolnym, należy zawsze próbować leczenia odmą sztuczną.

Niezależnie od wskazań, związanych z charakterem choroby, istnieją wskazania natury technicznej, mianowicie obecność lub brak zrostów, ich rozmiary, postać, spoistość. Tu, jak wspomniałem, przed zabiegiem skazani jesteśmy często tylko na domysły; dopiero w przebiegu leczenia poznajemy dokładnie wymienione warunki.

Przeciwwskazana jest odma sztuczna w razie: 1. zmian gruźliczych w jelitach, 2. ciężkiej gruźlicy krtani, 3. ciężkich zboczeń w budowie lub czynności narządów krążenia, 4. ciężkich zmian paratuberkulicznych (zwyrodnień w narządach miąższowych). Ciąża nie jest przeciwwskazaniem, jeśli stan chorej nie jest zupełnie beznadziejny.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 12. IV. 1916.

Obecnych członków 30. Przewodniczy kol. Piltz.

1) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2) Jednomyślnie wybrano na członków Towarzystwa kol. Stanisława Celarka i kol. Hirscha Sagana.

3) Przewodniczący zawiadomił o projekcie uczczenia prof. Dr Zygmunta Laskowskiego, który opuszcza katedrę w uniwersytecie genewskim po ukończeniu czterdziestoletniej działalności i zaproponował sprawę udziału Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w tem uczczeniu powierzyć Wydziałowi Towarzystwa.

4) Przewodniczący oznajmił obecnym o zaproszeniu przez p. Aleksandra Rumińskiego członków Towarzystwa do wzięcia udziału w spółce z ograniczoną poręką »Domu zdrowia dla rekonwalescentów w Zakopanem«. — Kol. Braun podnosił zalety tego zakładu.

5) Kol. Wespański udzielił informacyi co do spostrzeganego przez siebie przypadku **duru powrotnego**, który wydawał się pierwotnie zimnicą, a kol. Lubecka przedstawiła preparaty ze krwi tego chorego, zawierające krętki Obermeyera, oraz omówiła biologię tych zarazków. — W sprawie tej demonstracyi przemawiali kol. Braun i kol. Michałowicz, omawiając spostrzegane przez siebie epidemie z lat dawniejszych.

6) Dyskusya nad odczytem kol. Latkowskiego: **Osłabienie mięśnia sercowego pod względem klinicznym.**

a) Kol. Wachtel podnosi, że osłabienie mięśnia sercowego jest pojęciem czynnościowem i zwraca uwagę na osłabienie mięśnia sercowego u żołnierzy na froncie bojowym. Wśród zgłaszających się tam żołnierzy zauważył W. trzy stopnie osłabienia mięśnia sercowego. U pierwszej kategoryi nie można było stwierdzić nic więcej prócz przyspieszonej czynności serca: tętno przyspieszone, ból w okolicy serca, duszność i bicie serca. Stan ten, przemijający po kilku dniach lub godzinach, możnaby nazwać zmęczeniem mięśnia sercowego bez powiększenia serca i bez jakichkolwiek zmian anatomicznych w sercu. Druga kategorya chorych zgłaszała się z dusznością, sinicą błon śluzowych, uderzeniem serca na większej przestrzeni, tętnieniem w dołku podsercowym, powiększeniem wątroby. Opukiwaniem można u nich było stwierdzić powiększenie serca prawego, osłuchiwaniem — szmer skurczowy, czasem rozkurczowy nad końcem serca, nie mający charakteru szmerów organicznych; w płucach można u nich było stwierdzić mierną rozedmę i liczne rzężenia wilgotne, przeważnie średniobańkowe. U tych chorych można było rozpoznać ostre osłabienie mięśnia sercowego; stan ich poprawiał się powoli, dopiero po środku sercowym. Wreszcie trzecią kategoryę chorych stanowili ci chorzy, którzy już przed wojną cierpieli na serce. Stan tych chorych nawet po środkach sercowych niezawsze się poprawiał, zwłaszcza u chorych z kiłowemi zmianami aorty. Wreszcie wspomina mówca, że przy nekroskopii ludzi młodych, zmarłych od postrzału brzusznego, bardzo często znajdował serca powiększone (14 cm w wymiarze poprzecznym), w tętnicy głównej wyniosłości na ograniczonej przestrzeni wielkości małego grochu, a niekiedy i w tętnicach wieńcowych zgrubienia. Mówca przypuszcza, że były to ostre zmiany miażdżycowe, wywołane silną emocyą po kilkunastu godzinach stania na niebezpiecznym posterunku.

b) Kol. Nowaczyński podaje szereg spostrzeżeń rentgenologicznych, dotyczących serca prawidłowego. Przedewszystkiem zaznacza, że cyfry Moritza, dotyczące wymiarów serca, w niewielkim procencie odpowiadają rzeczywistości. Różnice zaś przechylają się na stronę serc małych. Następnie zaznacza mówca spostrzegany przez siebie dość często niestosunek między wymiarami aorty a serca. Serca takie w zmienionych warunkach niewątpliwie mogą odmówić posłuszeństwa. Dalej podnosi znaczenie »cor pendulum«, jako wyraz ogólnego niedokształcenia, spotykany często u żydów. Ciekawe są serca te z konfiguracyą mitralną lub aortową, stanowiące nowe odmiany serc niezupełnie prawidłowych. Ważne jest zwracać uwagę na serce małe z wadami serca, nie dosięgające wymiarów potężnych serc z wadami, a jedynie z ich konfiguracyą. Dalej zwraca uwagę na t. zw. »Kugelherz« czyli t. zw. »cor pendulum« z rozrostem komór. Z wyjątkiem serc kulistych, właściwych dla niektórych wad, uważa je mowca za serca prawidłowe. Wreszcie omawia sprawę badania napięcia mięśnia sercowego. U badanego oznacza się wymiar podłużny serca w czasie głębokiego wdechu i wydechu. W przypadkach prawidłowych wymiary te będą do siebie równoległe. W sercach słabych, zwyrodniałych, rzecz się ma inaczej. Mowca podnosi na zakończenie znaczenie badania rentgenologicznego i niemożność zdobycia obecnie spostrzeżeń zupełnych.

c) Kol. Glassner zaznacza, że prelegent mówił właściwie o zjawisku wyczerpania i znużenia serca, które spotykamy u żołnierzy w obecnej wojnie. Dla ścisłej oryentacyi należy koniecznie odróżnić postacie niedomogi, względnie jej objawy, spotykane u żołnierzy, którzy powracają z pola, od tych postaci, z któremi zgłaszają się żołnierze, zanim jeszcze w pole ruszyli. U pierwszych są skutki poniesionych trudów w postaci wyczerpania i znużenia pierwotnie całkiem sprawnego serca, u drugich mamy »a priori« mniej sprawne serca. Ze względu na brak ścisłych metod oznaczania sprawności serca należy także uwzględnić objawy drugorzędne, pochodzące z innych narządów, w związku z krążeniem pozostających. Trzeba również przy

braku zmian przedmiotowych uwzględnić wywiady. Nieraz są zmiany miażdżycowe niebadalne, a na podstawie objawów podmiotowych można o nich myśleć. Przyczyną upośledzenia sprawności mięśnia sercowego, rozwijającego się pod wpływem nadzwyczajnych świadczeń ze strony serca w czasie wojny, jest najprawdopodobniej spadek siły tonicznej mięśnia, co nawet jeden z autorów stwierdził rentgenologicznie. Czystych wad zastawkowych i nerwic jest istotnie bardzo niewiele, natomiast bardzo wiele zaburzeń przyrody mięśniowej i miażdżycowej. Zupełnie słusznie została podkreślona przez kol. L. ostrożność w rokowaniu w przypadłościach serca.

d) Kol. Michałowicz stwierdził u cierpiących na osłabienie mięśnia sercowego żołnierzy: zwiększenie stłumienia, zmianę konfiguracyi poszczególnych konturów w rentgenologicznym obrazie serca, zaostrzenie drugiego tonu na tętnicy płucnej i na aorcie, nieczystość pierwszego tonu na koniuszku serca, szybkość i łatwą uciskalność tętna. Do bardzo cennych objawów należy zaostrzenie drugiego tonu nad aortą przy zwykłej pozycyi chorego i zanik tego zaostrzenia w pozycyi z podniesionemi do góry rękami (obciążenie aorty). Mówca analizuje warunki powstawania wyżej wspomnianych objawów i zaznacza, że w bardzo wielu przypadkach osłabienia mięśnia sercowego objawy te mogą być nieobecne; badający chorego lekarz powinien w takich razach polegać przedewszystkiem na oględzinach chorego. Nawpół otwarte usta, lekkie rumieńce zastoinowe, widoczne tętnienie tętnic na skroniach, wzdłuż szyi, nad obojczykami, »in jugulo«, widoczne bicie koniuszka serca i tętnienie w dołku pod mostkiem, wreszcie sama konfiguracya klatki piersiowej (beczkowata, płaska), dają nieraz cenne wskazówki. Oglądanie daje nieraz w badaniu chorób sercowych lepsze wyniki, niż osłuchiwanie. Często bowiem osłuchiwanie i opukiwanie serca nie dają żadnych wyraźnych danych przy istniejącem cierpieniu serca. Zachodzą tu podobne warunki, jak przy badaniu wywiadów, gdzie, jak stwierdza wytrawny znawca chorób sercowych, Makenzie, podmiotowe skargi chorego mogą czasem poprzedzić na wiele lat wystąpienie objawów przedmiotowych choroby serca. Zatrudniony przy wojsku lekarz nie może polegać na wywiadzie, musi więc w braku innych danych opierać się na oglądaniu (metodzie inspekcyjnej) i kierować się przedewszystkiem swym zmysłem klinicznym.

e) Kol. Kader stawia kol. Nowaczyńskiemu zapytanie co do techniki rentgenologicznej. — Kol. Wachtel i kol. Nowaczyński przemawiają w sprawie techniki rentgenologicznej.

g) Wreszcie kol. Latkowski odpowiada poprzednim mówcom. Twierdzi, że na wywiadach niezawsze, zwłaszcza dzisiaj, polegać możemy. Zgadza się z kol. Michałowiczem, że zmysł kliniczny najwięcej znaczy. Z metod badania przypisuje większe znaczenie metodzie opukowej, niż osłuchowej. Co do miażdżycy, to powstaje ona najczęściej na tle zakażenia, nie na tle nagłych przeżyć. W prawidłowym mięśniu występuje niedomoga z przemęczenia bardzo rzadko.

Sekretarz doroczny: Dr Borowiecki.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 27. X. 1916.

Przewodniczy kol. Kucera, protokołuje kol. Z. Szczepański. Obecnych 38 członków.

Kol. Kucera zagaja posiedzenie, wita po feryach letnich kolegów, zapowiadając, że posiedzenia Towarzystwa będą się odbywać regularnie co dwa tygodnie, wita serdecznie kolegę prof. Becka, który, wzięty jako zakładnik, wrócił z Rosyi i kol. R. Stenzla, który jako jeniec został obecnie wymieniony. (Oklaski).

1. a) Kol. M. Franke: **Przedstawienie przypadku zimnicy złośliwej leczonej salwarsanem.** Wywiady: Chory jako żołnierz był w Albanii w r. 1916 w maju. Tam nabawił się zimnicy. Codziennie gorączkował; w końcu sierpnia udał się na urlop do Lwowa, tu dostał gorączki do 40⁰ z potami i został oddany do szpitala garnizonowego Nr 14. Należy nadmienić, że w Tyranie, gdzie chory bawił w służbie, panuje złośliwa zimnica w armii, a śmiertelność wynosi 25%. Badanie krwi wtedy wykazało: ciałek czerwonych 2,800.000, tętno 120, ciepłota 40⁰. W preparatach krwi zaledwie tu i owdzie formy zimnicy pierścieniowate. Podano chininę po 3 gr. dziennie przez tydzień. Mimo to ciepłota utrzymywała się do 39⁰, stan się pogarszał, śledziona urosła aż do pępka i była bardzo bolesna. 18. IX. podano pierwszą dawkę (0·3) neosalwarsanu. Po dwóch dniach ciepłota spadła do poziomu prawidłowego; śledziona zmniejszyła się. Okres ten trwał przez 10 dni. Nagle znów ciepłota 40⁰ i wtedy zjawiły się we krwi półksiężyce Laverana. 3. X. wstrzyknięto 0·4 neosalwarsanu. Wynik tego wstrzyknięcia był zły, ciepłota utrzymywała się do 40⁰, chory czuł się coraz gorzej, śledziona powiększała się. Wystąpiły obrzęki hydremiczne. Wstrzyknięto po raz trzeci 0·6 neosalwarsanu; wynik znów dobry, ciepłota spada. Dnia 20. X. czwarty raz wstrzyknięto 0·6; ciepłota nie spada, śledziona powiększa się; badanie krwi wykazuje ciałek czerwonych 3,700.000; wskaźnik wyższy od 1, zmniejszenie ilości ciałek białych (2800), obraz krwi, jak przy ciężkiej niedokrwistości. Obraz kliniczny: hydremia, śledziona olbrzymia, sięga aż do pępka. Chociaż chory znosił bardzo dobrze neosalwarsan, to jednak, ponieważ nie było korzystnego wpływu na stan chorobowy, zaprzestano wstrzykiwań tego środka. Mowca wstrzykuje obecnie choremu po 0·5 gr. chininy (chininum muriaticum) wśródżylnie codziennie. (Przedstawienie preparatów krwi z półksiężycami Laverana, barwionymi metodą Giemsa-Romanowskiego).

b) Kol. Franke przedstawia chorego armeńczyka z Kaukazu z postacią **zimnicy trzeciaczkowej**. Po wstrzyknięciu 0·3 neosalwarsanu wszystkie objawy zimnicy znikły. Po dwóch tygodniach nawrót. Obecnie podaje mowca choremu chininę.

Dyskusya: a) Kol. Łukasiewicz uważa stary salwarsan w tego rodzaju schorzeniach za o wiele lepiej działający, aniżeli neosalwarsan i radzi w przyszłych przypadkach spróbować starego przetworu. — b) Kol. Serbeński: Zimnica panuje w silnem natężeniu w armii na południu, osobliwie w Pola, w Sebenico, nad Isonzo. Biedl w Tyranie w 78 przypadkach zimnicy o torze trzeciaczkowym stosował neosalwarsan, ale w dawkach po 0·9 i wszystkie te przypadki, z wyjątkiem 8, gdzie były nawroty, zostały uleczone. Również w zimnicy złośliwej 0·45 neosalwarsanu w połączeniu z leczeniem chininą miało dać wynik bardzo dobry. Zapobiegawczo zaleca Biedl 0·25 chininy, żołnierz po zażyciu nie powinien dostawać przez 4 godziny żadnego pokarmu. — c) Kol. Szymański podawał w swej praktyce w cieszanowskim powiecie jeszcze przed 20 laty chorym na zimnicę, których tam wtedy było bardzo wielu, nalewkę jodową 3 razy dziennie po 5 kropel. Wyniki miał bardzo dobre, nietylko w ostrej zimnicy, ale i w cherze zimniczej. — d) Kol. Franke nie radzi w trzeciaczce podawać salwarsanu, środek ten bowiem nie dla każdego chorego jest obojętny, chinina zaś najzupełniej wystarcza. Zwraca uwagę na to, że należy być ostrożnym w wypuszczaniu chorych, a raczej chwilowo uleczonych, na urlop, mogą oni bowiem stać się rozsadnikami choroby.

2. Kol. A. Sabatowski przedstawił chorego **z chorobą Addisona i budową czaszki wieżową** (przypadek ze szpitala garnizonowego Nr 14). Chory znajduje się w szpitalu garnizonowym, chodzi bowiem o stwierdzenie, czy nadaje się do służby wojskowej. Chory od 20 lat odczuwa osłabienie siły mięśniowej, potencya zawsze była licha, od kilku lat zupełna impotencya. Sen liche, przerywany; nastrój psychiczny apatyczny, umysłowych zboczeń niema. Badanie wykazało nieznaczne zmiany szczytowe płuc. Budowa czaszki wieżowa. Uderza ciemne zabarwienie skóry o natężeniu na różnych miejscach nie równem. Plamy barwikowe na błonie śluzowej jamy ust, na napletku. Krew wykazuje mononukleozę. Tętno 72. Odczyn Wassermanna ujemny. Mowca upatruje pewien związek pomiędzy budową czaszki, a niedokształtem nadnerczy i zwraca uwagę na poronne postacie choroby Addisona; za taką postać uważa przedstawiony przypadek.

Dyskusya. a) Kol. Łukasiewicz zwraca uwagę na niejednostajne rozłożenie plam barwikowych. Wśród tych plam barwikowych występują wyraźnie blizny po drapaniu, a plamy głównie tam się znajdują, gdzie zwyczajnie w fałdach ubrania znajdują się wszy. Wobec tego mowca rozpoznaje długotrwałą wszawicę. — b) Kol. Pisek mimo, że nie odmawia słuszności wywodom kol. Łukasiewicza, rozpoznaje w tym przypadku chorobę Addisona. — c) Kol. Sabatowski: Znaną jest rzeczą w chorobie Addisona, że tam, gdzie ubranie uciska, łatwiej wytwarzają się zmiany barwikowe.

3. Kol. A. Gluziński wygłasza pierwszą część wykładu: **Uwagi nad etyologią, patogenezą i klinicznem rozpoznawaniem wrzodu dwunastnicy.** (Wykład w całości ukazał się w »Przeglądzie lekarskim« 1917 Nr 1—3).

Sekretarz: Z. Szczepański.

†
Dr Stanisław Krasowski

Śmierć ludzi prawdziwie szlachetnych sprowadza żal tak silny, że w pierwszej chwili nie możemy się zdobyć nawet na jego wyrażenie. Taki żal odczuwa się po śmierci ś. p. Dr Stanisława Krasowskiego, dyrektora szpitala w Stanisławowie, zmarłego na dur plamisty, o czem niedawno dopiero doszły tu wieści. Boleśnie pomyśleć, że ten gorący patryota nie doczekał się wolnej Ojczyzny, że ten gorliwy, niestrudzony i doświadczony pracownik tak wcześnie, bo w 50. roku życia, odszedł na zawsze od wspólnej pracy.

Był to człowiek nadzwyczajnie skromny i cichy, stroniący od zaszczytów, a swój zakres działania nadzwyczaj miłujący; zdobył sobie jednak wybitne stanowisko pracą i wyraźnie uświadomioną ważnością swego posterunku w społeczeństwie. W całem życiu i postępowaniu niezmiernie etyczny; nie była to ta etyka codzienna, zwykła, ale owa etyka wieczna, ciągle się rozwijająca i uświadamiająca w szlachetnych jednostkach, każąca działać zawsze sprawiedliwie i zawsze prostolinijnie. W pracy zbiorowej, n. p. jako radny miasta, zawsze występował jako bezpartyjny i niezależny, kierujący się wysoką moralnością i wzniosłymi ideałami. To też nawet w mieście o tak wybujałym antagonizmie trzech narodowości pozyskał sobie bezwzględny szacunek, uznanie i zaufanie władz i możnych, a miłość i wdzięczność maluczkich, którymi jego szpital był przepełniony. Na swym posterunku lekarskim zdawał się głosić hasło: »Silniejszy jestem, cięższą podajcie mi zbroję«. Toteż stan szpitala ze 120 łóżek podniósł na 250, pracując nad siły w bardzo ciężkich warunkach higienicznych, nie obniżając jednak w niczem wymagań, jakie stawia dziś nauka leczeniu, zwłaszcza chirurgicznemu. Już jako asystent krakowskiej kliniki prof. Rydygiera zaliczany był do najwybitniejszych jego uczniów. Chirurgiem był doskonałym. Toteż sława stanisławowskiego szpitala szeroko się rozchodziła, a ludność, mało oświecona i zabobonnie do lekarzy uprzedzona, tłumnie się jednak cisnęła do szpitala po zdrowie, jak tego dowodziła każdego roku zwiększająca się statystyka. Ideał naszej sztuki niósł ś. p. Krasowski wysoko, w miarę postępu podnosił i on swą pracę na wyżyny, jak prawdziwy artysta, a nie splamił jej nigdy nizką pogonią za groszem. Znalazł uznanie nawet naszych odwiecznych wrogów narodowych, gdy padł, jak żołnierz na placówce. Toteż z żalem nad Jego stratą, łączy się uczucie serdecznej podzięki i niezmąconej pewności, że nam zostawił piękny przykład do naśladowania.

Dr Karol Poliwka.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 28. II. b. r. posiedzenie, na którem Dr Rosenhauch przedstawił przypadki okulistyczne, a Dr Walter miał wykład o rokowaniu i leczeniu wiewióra u kobiet. W dyskusyach przemawiali kol. Ciechanowski, Kleczkowski, Majewski, Rosenhauch, Wojciechowski, Rosner, Krzyształowicz. Kleczkowski, Braun, Walter.

Następne posiedzenie odbędzie się d. 7. marca w Domu Towarzystwa.

— Dyplom doktorski uzyskał w Krakowie p. Leon Śniegocki z Warszawy.

— W »Gazecie lwowskiej« ogłoszono konkurs na posadę lekarza do zwalczania zimnicy w powiecie bialskim z siedzibą w Bestwince. Posada będzie nadana na 6 miesięcy (od 1. maja do 31. października 1917); wynagrodzenie wynosi 400 koron miesięcznie, nadto ryczałt na objazdy gmin przydzielonych w kwocie 200 koron miesięcznie i wolne mieszkanie. Podanie należy wnieść najpóźniej do 31. marca 1917 do Departamentu sanitarnego Namiestnictwa w Białej, dołączając dyplom lub kopię dyplomu, oraz dowody dotychczasowej pracy zawodowej, jakoteż praktycznej znajomości bakteryologii i badania krwi.

— Nowotarskie Koło Towarzystwa walki z gruźlicą, energicznie organizowane przez Dr St. Janikiewicza, otwarło dyspensatoryum, do którego dotychczas zgłosiło się 61 osób, z nich 39 dotkniętych gruźlicą (3 przypadki gruźlicy otwartej).

Lwów. Jak donoszą dzienniki, odbyła się we Lwowie 22. II. na zaproszenie Pawła ks. Sapiehy, prezydenta Galicyjskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża, ankieta w sprawie opieki szpitalnej i pozaszpitalnej nad choremi wenerycznie kobietami. Na ankiecie oprócz lekarzy byli obecni przedstawiciele różnych kół społecznych, wśród nich arcybiskupi Bilczewski i Teodorowicz. Prof. Finger z Wiednia przedstawił organizacyę opieki nad choremi wenerycznemi w Wiedniu, poczem przemawiali prof. Łukasiewicz, prof. Gluziński, a prym. Dr Lenartowicz odczytał wyczerpujący referat. Po obszernej dyskusyi uchwalono wnioski Dr Lenartowicza, Dr Papeego, prof. Panka i prof. Łukasiewicza.

— Namiestnictwo rozesłało do wszystkich Starostw okólnik, przypominający, że według rozporządzenia Ministerstwa spraw wewn. z 4. X. 1912 L. 1589 S. są położne obowiązane zakraplać do oczu noworodków 10% rozczyn protargolu lub 1% rozczyn octanu srebrowego celem zapobieżenia śluzoropotokowi.

— Zmarły 16. XI. 1916 w Stanisławowie z duru plamistego Dr Stanisław Krasowski był, jak donosi »Dziennik kijowski«, tak uwielbiany przez ludność, że na pogrzeb pomimo pękających nad miastem szrapneli wyległy tłumy niezliczone. Cały swój majątek przekazał Dr Krasowski na cele dobroczynne.

Warszawa. W Towarzystwie higienicznem w Warszawie odbyła się — jak donoszą dzienniki — konferencya znawców, na której omawiano sprawy, dotyczące przyszłej organizacyi zdrowia publicznego w Polsce. Obradom przewodniczył dziekan Parczewski, referentem był prezes Tow., Dr Józef Polak. Podczas obrad zabierali głos pp. prof. Ochimowski, W. Łypacewicz, dziekan Parczewski, Dr Chodźko, Dr Szenajch i inni. Ustalono zasady następujące: Organizacya zdrowia publicznego w Polsce oparta być winna na samorządach, pod nadzorem i opieką państwa. Władze państwowe zdrowia publicznego mają charakter nadzorczy; państwo w przepisach prawnych określa ściśle obowiązki samorządów w dziedzinie zdrowia. Organizacya państwowa zdrowia należy do ministeryum spraw wewnętrznych, w którym organy centralne samorządów oraz zdrowia publicznego muszą mieć znaczną samodzielność i władzę. Urzędnicy zdrowia publicznego powinni być podwładni centralnemu organowi zdrowia, nie zaś władzom administracyjnym. Za najodpowiedniejsze dla organizacyi zdrowia publicznego jednostki terytoryalne uznano gminy i powiaty. Do rozważania poszczególnych rozdziałów prawa o zdrowiu publicznem w Polsce obrana będzie komisya, której zorganizowanie polecono Dr Polakowi.

— Dr Wacław Męczkowski objął stanowisko naczelnika Wydziału szpitalnictwa w Magistracie Warszawy.

— Dzielnicowe Opieki sanitarne cofnęły swoją rezygnacyę.

— W Częstochowie odbył się d. 1. II. pogrzeb ś. p. Dr Władysława Biegańskiego, w którym wzięły udział wszystkie miejscowe Stowarzyszenia, młodzież gimnazyalna i tłumy mieszkańców miasta. Nad grobem przemawiał imieniem Towarzystwa lekarskiego częstochowskiego Dr Łokczewski. W dniu pogrzebu otrzymało Towarzystwo lekarskie kondolencye od Towarzystwa naukowego warszawskiego, od Wydziału lekarskiego Tow. przyjaciół nauk w Poznaniu i od Towarzystwa lekarskiego łódzkiego. (»Gazeta lek.« 8. Z Krakowa wysłane zostały kondolencye od Akademii Umiejętności, Wydziału lekarskiego Uniwersytetu, Towarzystwa lekarskiego i redakcyi »Przeglądu lekarskiego«; widocznie jednak nie doszły).

— Ankieta w sprawie braku miesiączki wskutek niedostatecznego odżywiania ustroju, urządzona przez Sekcyę ginekologiczną Towarzystwa lekarskiego, ma objąć także Lwów, Kraków, Poznań, dokąd wysłano schematy, oraz Łódź (Dr Skalski), Zagłębie Dąbrowskie (Dr Kotarski) i Lublin (Dr Czerwiński). (»Gaz. lek.« 8).

Zmarli: Dr Bolesław Łuniewski, okulista w Stanisławowie; prof. Winternitz w Wiedniu.

Redakcya otrzymała: Korczyński: 1) Bacilläre Ruhr und akuter hämorrhagischer Dickdarmkatarrh. (Medic. Klinik 1916). 2) Choroba Dercuma. Kraków 1916. 3) Syphilitische Aortenerkrankungen. (Wiener klin. Woch. 1916). — B. Steinberg: Mundorthopädie als Grundlage der modernen Kieferbruchbehandlung. (Oesterr. Viertelj. f. Zahnh. 1916). 2) Jahresbericht der IV Abtheilung (Kieferbrüche) des k. u. k. Festungsspitales Nr 1 in Krakau (tamże 1916). 3) Praktische Erfahrungen bei orthopädisch behandelten Kieferbrüchen. (Zahnärztl. Orthopädie u. Prothese 1916).

Bibliografia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polkich w lutym 1917.

Gazeta lekarska Nr 5—8.: Hornowski: Przyczynek do stanowiska »chloroma« w klasyfikacyi anatomopatologicznej (5 – 6).— Popiel: Organoterapia mięśniaków macicy (dok. 5). — Pruszyński: Ś. p. Leon Rutkowski (6). — Starkiewicz: S. p. Kazimierz Chełchowski (7). — Zalewski: Wpływ okładów zimnych i ciepłych na ciepłotę przewodu słuchowego zewnętrznego (7—8).— Karwacki: Symptomatologia i patogeneza zatrucia gazami (8).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 4—8.: Zawadzki: Ś. p. K. Chełchowski (4). — Srebrny: O krwiopluciu (dok. 4—5). — Brenneisen: Leczenie przetok dziąsłowych (dok. 4). — Giedroyć: Prawa egzaminacyjne b. Rady lekarskiej (4). — Koźniewski: O chorobach powstających wskutek niedostatecznego lub wadliwego odżywiania się (5—6). — Zamenhof: Gruźlica ucha (6—8). — Sokołowski: Ś. p. Władysław Biegański (17). — Biehlerowa: Higienistki szkolne (7—8).

Nowiny lekarskie Nr 1.: S. p. Władysław Biegański. — Hornowski: Kilka uwag o gruźlicy przysadki mózgowej na podstawie spostrzeganych przypadków. — Szuman: O leczeniu ran ropiejących światłem elektrycznem. — Klęsk: W obronie szwu nerwowego. — Kleczkowski: Przyczynek do zakażenia oka prątkiem ziemniakowym.

Zdrowie Nr 1—2.: Polak: Sprawa zdrowotności w Radzie m. Warszawy (1). — Adamski: W sprawie epidemiologii i profilaktyki tyfusu wysypkowego (1). — Mikulski: Wpływ alkoholu na uwagę (1). — Polak: Wstęp do projektu prawa o ochronie zdrowia publicznego (1—2). — Sterling: Dr Władysław Biegański (2). — Wernic: Próba syntezy działalności lekarza szkolnego (2).

Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego 1916. Zesz. 3—4.: Zwejgbaum: O katalogach biblioteki Towarzystwa lek. warsz.

Kronika dentystyczna Nr 2.: Krakowski: Rys ogólny sprawy miejscowego znieczulania przy wyjmowaniu zębów. — Frejdkin: W sprawie reformy studyów dentystycznych.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Rocznik VIII. 1917. Monachium (J. F. Lehmann). Styczeń (cena 1·75 Mk.), Luty (cena 1 Mk.).

Tegoroczny zeszyt styczniowy zawiera rozprawy prof. Morgenrotha: Chemoterapia i swoiste odkażanie miejscowe, oraz prof. Rösslego: Anatomia patologiczna chorób zakaźnych. Zeszyt na luty mieści prace prof. Hoffmanna: O wpływie zmian chorobowych narządów rodnych na krążenie, oraz: Zaburzenia krążenia, a choroby nerek.

Taschenbuch des Feldarztes. Część VI i VII. Monachium (J. F. Lehmann 1917). Cena każdej części 1·60 Mk.

W części VI podają prof. Lange i Dr Krecke w formie bardzo treściwej (na 53 stronnicach) wskazówki o doleczaniu chirurgicznem i ortopedycznem rannych, objaśniając rzecz 6 rycinami; w części zaś VII opisuje Dr Hannemann transport rannych w wojnie pozycyjnej, ułatwiając przedmiot bardzo stosunkowo licznymi (38) rysunkami.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 7. marca** 1917 o godzinie 6 wieczór w **Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Nowaczyński: Przedstawienie chorych z kliniki chorób wewnętrznych. 2) Dr B. Steinberg: Z dziedziny leczenia złamań szczęki (z przedstawieniem chorych, modeli i przeźroczy).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

L. 61/KK.

Ogłoszenie.

Komisya klimatyczna w Zakopanem zakupi używany, lecz w dobrym stanie, kryty wóz ratunkowy do przewozu osób chorych.

Zgłoszenia z podaniem ceny wnosić należy pod adresem „Klimatyką w Zakopanem".

C. k. Inspektor klimatyczny
283 *Wilczek* m. p.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.